LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

nique thérapeutique : La médication thyroïdienne, par I. le Dr E. Albert Weil, 598. — **Académie des sciences** : éance du 6 *septembre* 1897. Présidence de M. Chatin. — Com- osition des pommes de terre, 599. — **Académie de méde- ine** : *Séance du* 14 *septembre* 1897. Présidence de M. Caven- ou. — Les localisations cérébrales. Etude de psycho-physio- gie, 599. — Danger des opérations faites sur le goitre exoph- almique, 600. — Le charbon dans l'industrie des peaux et des rins, 600. — Stérilisation de l'eau de boisson, 600. — **XIIe Con- rès international de médecine** *tenu à Moscou du* 19 *au* 5 *août (suite)*. — Indications de la lithotritie, 600. — Absorp- on par la vessie, 601. — Statististique d'une série de diphté- iques traités ou non par le sérun antidiphtérique dans l'hôpital e Blegdam à Copenhague, 601. — Traitement de la tubercu- ose, 601. — Pathogénie et histogénèse du cancer et des mala- ies à sporozoaires (clavelée, variole, vaccine, syphilis, tra- home), 603. — Théorie de l'hérédité, 603. — De la dégénéres- ence kystique des organes glandulaires, 603. — La réduction rusque des gibbosités pottiques, 603. — Des néphrites chroni- ues parenchymateuses interstitielles, 604. — La pathogénie de néphrite chronique, 604. — Sur l'emploi de la saignée dans traitement de l'urémie, 604. — Excrétion urinaire après les ccès palustres. Recherches cliniques et expérimentales, 604. — s pathogénie du tabes dorsalis, 604. — Sur la nature des modi- cations de la moelle épinière dans le tabes, 604. — Traitement écanique du tabes, 605. — Pathologie et anatomie pathologique u tabes dorsalis, 605. — Séméiologie des obsessions et idées ixes, 605. — Pathologie de la cellule nerveuse, 605. — Du trai- ement d'états d'angoisse et de contrainte, 605. — Dégénéres- ences propagées. Altération des cordons postérieurs secondaire une lésion cérébrale en foyer, 605. — Quelques observations ur le traitement du tabes dorsalis, 606. — Sur la thérapeutique u tabes dorsalis, 606. — Quelques considérations sur le traite- ent du tabes dorsalis, 606. — Sur la dyspepsie nerveuse et son apport avec les névroses en général, 606. — Sur quelques lé- ions expérimentales de la cellule nerveuse, 606. — Sur l'exis- ence des mouvements cliniques au cours de la syringomyélie, 06. — Quels sont les exercices physiques qu'il faut introduire ans les écoles de filles ? 607. — De la pathogénie de l'appari- ion des foyers dans la paralysie générale des aliénés, 607. — ur les cautérisations par l'air chaud, particulièrement dans les as de lupus vulgaire, 607. — **Memento pratique** : Traite- ent de l'eczéma par l'acide picrique, 607. — **Nouvelles**, 608.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

—

La médication thyroïdienne

Par M. le Dr E. Albert Weil.

I

La médication thyroïdienne est de date toute récente ; 'encontre de la plupart des autres médications, ce est point l'empirisme aveugle qui l'a fait naître. Son ndement est l'observation clinique associée à l'expé- nentation physiologique.

Les fonctions de la glande thyroïde semblaient na- ère fort peu importantes. Schiff (1) avait bien en 1859 noté que l'extirpation totale du corps thyroïde est mortelle pour le chien ; mais son expérience avait passé inaperçue ; et d'autres observateurs, se basant sur des extirpations incomplètes probablement, avaient pu dire que le corps thyroïde n'était point un organe indispensable à la vie. Aussi s'en tenait-on aux idées que Maignien (1) avait exprimées en 1842, en disant : « Le corps thyroïde bridé par des aponévroses résistantes, recouvert par l'appareil des muscles sous thyoïdiens, est destiné à comprimer les carotides contre la colonne vertébrale et à diminuer ainsi l'afflux du sang vers les parties antérieures de l'encéphale ; ainsi chez les mammifères les lobes thyroïdiens étant en rapport immédiats avec les carotides, les hémisphères cérébraux sont moins développés que le reste de l'encéphale ; chez l'homme au contraire, par suite de la présence de l'isthme, le corps thyroïde ne comprime les carotides que pendant le saut ou la course ; de là le développement des parties antérieures du cerveau ; par contre, lorsque le corps thyroïde est dégénéré, les cas de crétinisme observés tiennent à ce que l'irrigation des parties postérieures du cerveau est plus active que celle des parties antérieures, grâce à une activité circulatoire plus grande dans les vertébrales que dans les carotides. » Avec cette hypothèse complémentaire on pouvait expliquer l'absence de glande que Curling observa en 1849 chez quelques idiots et les faits de Gull (2) (1873) et Ord (3) (1877) qui consistaient en l'association du crétinisme et de la dégénérescence du corps thyroïde.

En 1883 un fait important devait éclairer la question d'un jour tout nouveau : Reverdin (4) et Kocher (5) et à leur suite Poncet, Mikulitz, Julliard, etc., observèrent une cachexie et une faiblesse toute spéciale chez les malades sur lesquels on avait pratiqué la thyroïdectomie totale pour la guérison du goître ; c'était la cachexie strumiprive de Kocher ou le myxœdème post-opératoire de Reverdin. La glande thyroïde était donc un organe important, puisque sa suppression entraînait de tels accidents ; c'est ce que démontrèrent

1) Schiff. *Recherches sur la fonction glycogénique du foie*, Wurtzburg, 1859.

(1) Maignien. Extrait d'un mémoire présenté à l'Académie des sciences de Paris 1842 ; — *in* Longet, *Traité de physiologie*, 3e édition, t. II, p. 398.

(2) Gull. Société clinique de Londres, 1893.

(3) Ord. Société médico chirurgicale de Londres, 1877.

(4) Reverdin. Société médicale de Genève, 1893.

(5) Kocher. Société médicale de Genève, 1893.

Schiff (1), Gley (2), Wagner (3), Eiselsburg (4), Michœlsen (5), etc. L'importance de cette glande est la même dans toute l'échelle animale. On a cru un moment que le rat et le lapin faisaient exception à cette règle; mais on a reconnu que s'ils résistent à l'ablation de l'organe glandulaire c'est que les glandes parathyroïdiennes suppléent à la fonction thyroïdienne ; des expériences de Gley et Christiani (6) le prouvent. Il ne faudrait pas croire pourtant que les glandes parathyroïdiennes aient les mêmes fonctions : Gley et Moussu (7) ont montré qu'elles sont différentes sans que pour cela on puisse actuellement bien préciser encore leur rôle particulier.

Quoiqu'il en soit, la glande thyroïde agit par une sécrétion qu'on appellera sécrétion interne puisqu'elle va se mêler au sang et que la voie veineuse doit être sa voie d'excrétion. Gley et Vassale (8) en faisant disparaître les phénomènes aigus de l'éthyroïdation chez le chien, par des injections intra-veineuses, l'ont établi d'une façon irréfutable, retrouvant ici une confirmation particulière de la loi formulée dès 1869 par Brown-Séquard (9) avec la prescience du génie : « Toutes les glandes pourvues ou non de conduits excréteurs donnent au sang des principes utiles dont l'absence se fait sentir après leur extirpation ou leur destruction par la maladie. »

La sécrétion interne existe donc. Mais quelle est la nature de cette sécrétion : « Deux suppositions seulement sont possibles », dirons-nous avec M. Brissaud (10), « ou bien la glande thyroïde secrète une substance utile à l'économie et dont la privation amène les perturbations que l'on connaît, ou bien la sécrétion interne a pour but d'éviter l'accumulation nocive d'un produit toxique dans les tissus, en le détruisant au fur et à mesure qu'il se forme. Cette dernière manière de concevoir la fonction thyroïdienne est aujourd'hui de beaucoup la plus répandue. Schiff, Herzen, Fano et Zanda l'ont adoptée. Gley a contribué plus que personne à la répandre ».

II

Au reste au point de vue thérapeutique, il importerait surtout de savoir comment varie cette sécrétion interne, sur quels éléments elle agit, en quel cas elle augmente, en quel cas elle diminue ; et sur ce point l'ignorance absolue règne dans la science. A plus forte raison trouve-t-on la même obscurité dans l'étude des variations de la sécrétion thyroïdienne dans les troubles pathologiques, si l'on met à part le myxœdème que l'expérimentation et l'anatomie pathologique ont rapporté à la destruction de la glande et à l'absence de sa sécrétion.

Donc, si rationnel était l'essai de la médication thyroïdienne chez les myxœdémateux ; moins peut-être l'était-il pour les autres affections où on l'a tentée mais d'une façon générale l'on peut dire que ces tentatives n'ont été entreprises que pour retrouver des effets particuliers qui avaient été obtenus chez les myxœdémateux alors qu'on ne les espérait guère.

Les observations de la thérapeutique thyroïdienne dans le myxœdème vrai ou post opératoire fourmillent. Que le procédé soit la greffe avec Horsley (1) Schiff (2) Legroux et Lannelongue (3), Merklen (4), Gibson (5) Bettencourt et Serrano (6), l'injection avec Gley (7) Vassale (8), Murray (9), Beathy (10), Bouchard (11) Tenvich (12), l'ingestion avec Pierre Marie et Guerlain (13), Leichtenstein (14), Lebreton et Vaquez (15) Burckardt (16), Balzer (17), Ewald (18), Voisin (19) Bourneville (20), etc., etc., la guérison ou l'amélioration temporaire fut à peu près constamment la règle. Certes, ou eut des insuccès aussi; en janvier 1897 encore, M. Marie rappelait à la Société médicale des hôpitaux que deux petits myxœdémateux ne retirèrent aucun bénéfice de la médication thyroïdienne; mais l'on peut néanmoins dire que le suc thyroïdien est le traitement spécifique du myxœdème; c'est du reste devenu le traitement classique.

Plus contestées sont les applications de la médication thyroïdienne dans les autres cas.

Dans les goitres simples pourtant, quand les altérations glandulaires sont le résultat d'un vice de la s

(1) Schiff. *Revue médicale de la Suisse romande*, 15 août 1884.
(2) Gley. Comptes rendus de la Société de Bio., 1891, p. 250; — *Arch. de phys.*, 1892, p. 81, 135, 311, 435. — Soc. de biol., 13 mai 1973 ; — Congrès des médecins aliénistes à Bordeaux, 1895, etc., etc.
(3) Wagner. *Wien. med. Blætter*, 1884, n° 25.
(4) Eiselsberg. Société des médecins de Vienne, 1890, 1891.
(5) Michaelsen. *Arch. f. ges. physio.*, 1889.
(6) Christiani. *Arch. de phys.*, 1893, p. 39 et 165.
(7) Moussu. Société de Biologie, 1892 et 1897.
(8) Vassale. *Revista sperimentale frenatina*, t. XVI p. 439.
(9) Brown-Séquard. (Cours à la faculté en 1869, *in* Ch. Eloy, *La méthode de Brown-Séquard*, Baillière, 1893, p. 15.
(10) Brissaud. *Corps thyroïde et maladie de Basedow*, comm. au Congrès des méd. aliénistes et neuro. de France, à Bordeaux; 1895, *in Bulletin méd.*, 1895, p. 750.

(1) Horsley. *Brit. med. Journal*, 1885
(2) Schiff. *Loc. cit.*
(3) Lannelongue et Legroux. Société de biologie, 8 mars 1890.
(4) Merklen. *Revue générale de clinique et de thérapeutiq* 12 nov. 1890.
(5) Gibson. *Brit. med. Journ.*, 14 juin 1892.
(6) Bettencourt et Serrano. Association française pour l'avanc ment des sciences, 30 août 1890.
(7) Gley. *Loc. cit.*
(8) Vassale. *Loc cit.*
(9) Murray. *Brit. med. Journal*, 10 oct. 1891, p. 796, et mars, avr août 1892.
(10) Beathy. *Brit. med. Journal.*
(11) Bouchard. *Sem. méd.*, 1892, p. 382, 383.
(12) Fenwich. Soc. de path. de Londres, 18 oct. 1892.
(13) Pierre Marie et Guerlain. *Sem. méd.*, 1894, p. 78.
(14) Leichtenstein. *Deut. méd. Woch.*, 13 déc. 1894.
(15) Lebreton et Vaquez. *Sem. méd.*, 1895, p. 35.
(16) Burckardt. *Rev. méd. de la Suisse romande*, juin 1895.
(17) Balzer. *Sem. méd.*: 1895, p. 188.
(18) Ewald. *Sem. méd.*, 1895, p. 188.
(19) J. Voisin. *Sem. méd.*, 1894, p. 134.
(20) Bourneville. *Sem. méd.*, 1896, p. 38.

ion, il était rationnel d'essayer d'introduire dans ganisme le suc thyroïdien absent; essai heureux que nombre de goitres parenchymateux ont été ris ainsi. Il nous suffit de citer les observations de ns (1), Sené (2), Marie (3), Angerer (4), etc.; bien ndu les goitres kystiques et les tumeurs malignes nt jamais été améliorés.

u goitre simple au goitre exophthalmique, il n'y it qu'un pas à franchir. Aussi devant les résultats a médication thyroïdienne dans le goitre parenchyeux, la proposa-t-on dans la maladie de Basedow, ourtant rien n'est plus illogique. L'on sait que les iciens se partagent en deux camps au sujet de la ogénie de la maladie de Basedow. Les uns tiennent e une origine centrale ou nerveuse, les autres pour origine toute locale. Il est certain que les premiers qu'ils croient avec M. Ballet (5) que la cause du drome de Basedow réside dans la bulbe ou la prorance ou au contraire qu'ils soient persuadés avec Abadie (6) que cette cause n'est autre que l'excitapermanente des filets vaso-dilatateurs du sympaue cervical, — préfèreront, s'ils le peuvent, supprila cause que traiter un effet. Aussi n'useront-ils de médication thyroïdienne. Les cliniciens qui sont vaincus que le goitre exophtalmique est du à une erthyroïdation, qu'il est en quelque sorte la mae inverse du myxœdème, — les thyroïdiens pour appeler du nom que leur donne M. Brissaud (7) raient à plus forte raison se refuser à toute théraique organique. Il n'en a pourtant point été ainsi.

succès d'ailleurs semblèrent légitimer ce traiteit par l'absurde : Béclère (8), Bruns (9), Voisin (10), x (11), David Owen (12) obtinrent des résultats favoes. Mais à côté que d'échecs et d'accidents! Lemke eichtenstein (13) virent l'aggravation des sympes et le premier eût même un cas de mort. Actuelent cette thérapeutique paraît jugée, elle reçut son p de grâce à la Société de médecine berlinoise janvier 1896). A M. Silex qui avait montré une ade complètement guérie, à M. Stabel qui disait ir obtenu 92 p. 100 d'améliorations temporaires, . Mendel, Senator, Ewald opposèrent des cas qui en atrèrent tout le néant et tous les dangers.

ans certains cas d'obésité, au contraire, la médication thyroïdienne a eu un plein effet surtout lorsque les échanges cellulaires étaient très ralentis. Leichtenstein (1), Windelstein (2), Rendu (3), Gerhardt (4), Hennig (5), Bruns (6), en ont publié des cas démonstratifs. Hennig même eut des malades qui maigrissaient d'un kilogramme par semaine, si bien qu'il interrompait de temps en temps la médication pour enrayer un peu les phénomènes de dénutrition. Mais à côté, il faut citer certains obèses absolument réfractaires à la thyroïdothérapie : « Ces deux catégories, dit Ewald (7), ne correspondent pas à la division des lipomatoses se rattachant à une alimentation vicieuse et des lipomatoses produites en dépit d'un régime sévère. Il est à remarquer d'ailleurs que chez nombre de sujets succombant à l'anémie pernicieuse, la graisse demeure abondante, malgré l'insuffisance extrême de l'alimentation, sans amoindrissement des quantités d'oxygène inspiré et d'acide carbonique excrété; cette ténacité avec laquelle certains organismes conservent leur graisse est encore inexpliquée ».

Dans les troubles de la croissance et le nanisme, on a aussi légitimement essayé la médication thyroïdienne. Denis (8) et Boullenger (9), dans deux thèses, l'une de Paris, l'autre de Lyon, en ont rapporté des exemples nombreux. Dans le rachitisme, M. Knopfelmacher (10) eut un échec; d'autres eurent des succès relatifs.

Dans certaines maladies de la peau, la médication thyroïdienne a donné aussi des résultats intéressants. En 1893, Byrom Bramwell (11), frappé de ce que la médication thyroïdienne déterminait chez certains myxœdémateux une desquamation considérable de la plante des pieds et de la paume des mains, traita quelques psoriasiques de cette façon; il eut quelques succès et deux améliorations. Leslie Philipps (12) échoua; par contre, en 1894, Auld (13) prétendit avoir eu une guérison en une semaine. Dans une discussion à la Société chirurgicale de Dublin, Madoch Cameron (14) prétendit n'avoir eu que des insuccès. Thibierge (15) de même ne croit pas à la valeur du traitement thyroïdien, et il l'appelle remède de désespéré. Wilson (16) et Harry Preece (17), par contre, eurent des guérisons durables.

Bruns. *Sem. méd.*, 1895, p. 427.
Séné. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, mai 1895.
Marie. *Sem. méd.*, 1895, p. 484.
Angerer. *Munich. med. Wochenschrift*, 28 janvier 1896. Voir 5 ou 96.
Brissaud. *Loc. cit.*
In Corres. méd., 31 mars 1897.
Brissaud. *Loc. cit.*
Beclère. *Sem. méd.*, 1894, p. 462.
Bruns. *Sem. méd.*, 1895, p. 427.
) L. Voisin. *Loc. cit.*
) Silex. *Soc. de méd. Balt*, 29 janvier 1896, *in dem*, p. 71.
) David Owen. *Brit. med. Journal*, 2 décembre 1893,
) Compte rendu, *in Sem. méd.*, 1896, p. 47.

(1) Leichtenstein. *Loc. cit.*
(2) Windelstein. *Deut. med. Woch.*, 13 décembre 1894.
(3) Rendu. *Sem. méd.*, 1895, p. 484.
(4) Gerhardt. *Munch. med. Woch.*, 1896, n° 14.
(5) Hennig. *Munch. med. Woch.*, 1896, n° 14.
(6) Bruns. *Munch. med. Woch.*, 1896, n° 22.
(7) Ewald. Quatorzième congrès allemand de méd. interne, à Wiesbaden, avril 1896, *in Sem. méd.*, 1896, p. 166.
(8) Denis. Thèse de Paris 1895-96.
(9) Boullenger. Thèse de Lyon 1895-96.
(10) Knöffelmacher. *Wien. Klin Wochen.*, 10 octobre 1895.
(11) Byrom Bramwell. *Brit. med. Journal*, 1893.
(12) Philipps (Leslie). *Brit. med. Journal*, 1893.
(13) Auld. *British med. Journal*, 7 juillet 1894.
(14) Cameron. Société médico-chirurgicale de Glasgow, 1894.
(15) Thibierge. *Ann. de derm. et syph.*, 1895.
(16) Wilson. *Brit. med. Journal*, 1895, p. 365.
(17) Preece. *Brit. med. Journal*, p. 697.

Pachkis (1), qui étudia très consciensieusement la question, sur huit cas eut sept guérisons. J'ai moi-même traité ainsi un cas de psoriasis généralisé, datant de deux ans et ayant résisté à toutes sortes de médications externes, chez un homme de 34 ans; par deux traitements thyroïdiens de vingt-cinq jours chacun, j'ai pu en deux mois le débarrasser complètement de cette affection. Cette guérison est trop récente pour que je puisse dire si elle est définitive; mais en tous cas, mon malade a été « blanchi » très rapidement, et cela par la médication thyroïdienne seule, sans aucun traitement local.

Outre le psoriasis, on a essayé la sécrétion thyroïdienne dans d'autres affections cutanées. Jackson (2) l'expérimenta dans trois cas de xérodermie, dans un cas d'ichthyose, dans un cas de dermatite exfoliatrice, sans succès, il est vrai. Il ne fut pas plus heureux dans l'acné rosacée, et le lichen plan. Par contre, Van Harem Noman (3), au Congrès des sciences naturelles d'Amsterdam en 1894, déclara fonder les plus grandes espérances sur le traitement thyroïdien dans l'ichthyose. Dans le lupus, Byrom Bramwell et Ervald (4) obtinrent d'assez bons résultats. Metzlar (5) à leur suite l'expérimenta dans six cas; dans l'un d'eux, il put obtenir une guérison totale en six semaines avec 50 centigrammes d'extrait pris quotidiennement; il convient d'ajouter qu'il employait concurremment le traitement local. Dans la lèpre, Maitland (6) put améliorer, d'une façon extraordinaire, deux Hindous par l'ingestion quotidienne pendant plusieurs mois de plusieurs lobes de glandes fraîches. Dans la syphilis, Menzies (7) prétendit avoir une amélioration rapide des lésions locales dans un cas de malignité précoce. Popper (8), cette année même, eut des résultats analogues.

En gynécologie, la glande thyroïde trouva aussi des applications. C'est à Hertoghe (9) qu'on le doit. Ce clinicien remarqua que la glande thyroïde exerce sur l'activité utéro-ovarique une action inhibitrice, et sur les organes mammaires une action excitatrice, et comme conséquences qu'elle arrête les métrorragies et augmente la sécrétion lactée. Il a pu ainsi traiter avec succès des ménorrhagies sans cause appréciable et des ménorrhagies résultant d'ovarites ou même de cancers et de fibrômes; bien plus, il a pu empêcher des ménorrhagies chez une femme qui faisait habituellement des avortements, et ainsi faire évoluer sa grossesse jusqu'au terme. A sa suite, Jouin (1) et Lutaud (2) recommandent aussi la médication thyroïdienne pour l'arrêt des métrorrhagies et même la régression des fibrômes.

Toujours conduits par les résultats obtenus chez les myxœdémateux, certains cliniciens ont eu l'idée de traiter l'idiotie, l'aliénation mentale, l'épilepsie, l'acromégalie par la glande thyroïde. Les résultats ne furent point constants; les meilleurs furent obtenus par Bruce (3) et Easterbock (4) dans la manie puerpérale.

Dans la myopathie progressive, M. le prof. Lépine (5) de Lyon, eut deux améliorations extrêmement considérables. Un des malades absorba 60 grammes de substance thyroïde par semaine; au bout d'un mois, il pouvait reprendre ses occupations.

Dans les adénopathies scrofuleuses de l'enfance Lanz (6) obtint de très bons effets par la même méthode : dans tous les cas, il fit rétrocéder les tuméfactions. Morin (7) était allé plus loin puisqu'il recommandait la glande thyroïde dans le traitement de la tuberculose. Pratique déplorable, s'il faut en croire Hertoghe (8) qui écrivit : « Ne donnez jamais de thyroïde à des sujets prétuberculeux ou tuberculeux. Ils ressentent l'action de cette substance d'une manière effrayante. Quelques-uns perdent jusqu'à un kilogramme de leur poids en vingt-quatre heures et leur état s'aggrave très rapidement. »

Dans les fractures à consolidation retardée on a aussi essayé la glande thyroïde. Gauthier (9) (de Charolles) dans deux cas vit le succès récompenser sa tentative.

Dans l'hypertrophie de la prostate en 1895, Bazy (10) essaya de même la médication thyroïdienne; il eut quelques succès.

L'otologie (11) elle-même s'est laissée envahir par la médication thyroïdienne. Kennicut et Star avaient observé que l'ouïe des myxœdémateux traités par la glande thyroïde s'améliorait. Vulpius, frappé de ce fait, essaya cette thérapeutique dans la sclérose de l'oreille moyenne et il prétendit avoir eu ainsi de bons résultats.

III

Il ne suffit pas de savoir en quels cas on peut appliquer la médication thyroïdienne, il est bien plus intéressant encore de connaître les accidents qu'elle détermine.

Ces accidents constituent le thyroïdisme dont le

(1) Pachkis. Tirage à part, *Munch. Med. Woch.*, 1896.
(2) Jakson. *In Amer. derm. Association*, Washington, 1894.
(3) Van Harem Noman. Congrès des Sciences naturelles d'Amsterdam, octobre 1894.
(4) Byrom Bramwell et Ewald. *In Sem. méd.*, 1896, p. 166.
(5) Metzlar. *In Sem. méd.*, 1897, p. 64.
(6) Maitland. *Journal de méd. de Paris*, 25 avril 1897.
(7) Menzies. *Sem. méd.*, 1894, annexes, p. CLXX.
(8) Popper. *Méd. Novit*, n° 6, 1897.
(9) Hertoghe. *De l'influence des produits thyroïdiens sur les organes génitaux pelviens et thoraciques chez la femme*, Bruxelles, 1896.

(1) Jouin. *Concours médical*, 30 mai 1896, p. 255.
(2) Lutaud. *Journal de méd. de Paris*, 24 janvier 1897.
(3) Bruce. *Jour. of med. Scien.*, janvier 1895.
(4) Easterbrock. *Brit. med. Journal*, 1895, p. 698.
(5) Lépine. *Sem méd.*, 1896, p. CII.
(6) Lanz. *Journal de méd. de Paris*, 20 juin 1897, p. 311.
(7) Morin. *Rev. méd. de la Suisse romande*, mai 1895.
(9) Hertoghe. *Loc. cit.*
(8) *Sem. méd.*, 14 juillet 1897, p. 268.
(10) Bazy. *Revue médicale*, 29 février 1895.
(11) *Sem. méd.*, 1896, p. 377.

ptômes consistent suivant Bartelt (1) en « augmen-on de la fréquence du pouls, palpitations du cœur c ou sans élévation de température, faiblesses, syn-es, tremblements, tendance au sommeil, diurèse ndante, augmentation de l'azote de l'urine, appari-n d'albumine et de sucre dans l'urine, douleurs rhu-ismales à la tête, au tronc et aux membres, nausées, nissements, inappétence, soif, prostration, vertige, ine de poitrine, anéantissement allant jusqu'à la te de connaissance, parfois aussi démangeaisons, icaire, érythème et eczéma. » Il suffit en général de inuer la dose ingérée pour supprimer tout effet cif.

es symptômes d'ailleurs peuvent avoir plus ou moins gravité suivant l'affection pour laquelle on emploie médication; c'est ce que le professeur Lépine (de on) a bien mis en lumière dans un article de la *naine médicale* (année 1886, p. 57). Citons d'après lui lques-uns des phénomènes observés. Haskovec s un cas de crétinisme sporadique a observé de l'agi-ion, des nausées, des vomissements. Ewald, chez un xœdémateux, a vu de la glycosurie; Murray, dans cas analogue a noté de la rougeur suivie de perte de naissance et de spasmes. Claye Shaw a fait le même stat; chez une myxœdemateuse également, Chante-sse et René Marie ont vu des vertiges, des troubles peptiques; chez un malade atteint à la fois d'accès gine de poitrine et de myxœdème, on a noté une étition des accès angineux.

ans le traitement du goître ou de l'obésité, on n'a nais observé d'accidents sérieux; dans le goître ophtalmique, il n'en a pas été de même, puisque s venons de voir qu'il y a même eu des cas de mort; s la tuberculose, le traitement est également très ngereux; dans le psoriasis on a noté quelquefois des idents, mais ils ont été peu graves.

hez les enfants, la médication thyroïdienne doit être pliquée prudemment. MM. Marfan et Guinon, à la ciété médicale des hôpitaux du 17 janvier 1896, ont ntré que pour eux cette thérapeutique est loin d'être s danger.

D'une façon générale d'ailleurs, la médication thy-idienne est surtout dangereuse parce qu'elle produit surélévation des échanges et par suite, si elle est long-mps continuée, la dénutrition; mais il ne faut rien exa-rer. S'il est vrai, comme l'ont dit Roos (2), Richter (3) Scholz (4) que la médication thyroïdienne produit e augmentation de phosphates dans les fecès, il con-ent d'ajouter avec Ewald (5) : « Ces symptômes se ncontrent plus ou moins accentués dans les divers s d'altération brusque des échanges, en rapport avec la suractivité des désassimilations azotées et avec l'accroissement de l'oxydation des graisses..... Ces phénomènes sont absolument comparables aux troubles que produit indirectement l'emploi abusif ou trop précipité d'une médication quelconque, telle que la cure de Marienbad par exemple, qui a donné lieu parfois à des symptômes analogues sans pouvoir être rangée néanmoins parmi les médications toxiques ».

(1) Bartelt. *Sitzungsberecheten der Dorpaten Natur-Gesellschaft*, ars 1896.
(2) Roos. *Zeit. f. physiol. in. cheme.*, XXI, I.
(3) Richter. *Cest. f. in. méd.*, 18 janvier 1896.
(4) Scholz. *Cest. Blat. f. in méd.*, 26 octobre et 2 novembre 1895.
(5) Ewald. Congrès de Wiesbaden, *in Sem. méd.*, 1896, p. 165.

IV

Les indications et les contre indications de la médication thyroïdienne étant ainsi signalées, voyons maintenant par quel procédé on doit introduire la glande et son extrait dans l'organisme.

Au début de cette médication on a employé la greffe; Bircher, Lannelongue et Legroux, Merklen et Walther, Gibson (1) usèrent de ce procédé; mais les résultats thérapeutiques furent temporaires, outre l'ennui d'un acte opératoire ce procédé avait encore l'inconvénient d'être inconstant.

Aussi après les travaux de Gley et de Vassale (2), essaya-t-on l'injection d'extrait glycérique du suc thyroïdien. Le liquide de Gley consistait en une macération de corps thyroïde de mouton dans la glycérine avec addition d'un antiseptique ; le liquide de Murray (3) était à peu près analogue. Les essais chez l'homme ne donnèrent pas les résultats espérés; cela tenait probablement à la neutralisation des principes du suc thyroïdien par l'antiseptique et peut être aussi aux abcès qui accompagnèrent si souvent cette opération, que peu à peu elle disparut de la pratique pour céder le pas à la méthode par ingestion.

Cette méthode est dûe à Howitz, Mackensie et Fox (4). Ces trois cliniciens eurent séparément l'idée de conseiller l'ingestion de glandes fraîches, d'abord sans abandonner la voie sous cutanée, puis peu à peu comme seul méthode de traitement. Comme conclusion de leurs essais, on peut dire qu'il existe deux procédés pour absorber la glande thyroïde fraîche; ces procédés constituent les régimes de Howitz et de Fox. Dans le procédé de Howitz on prend des glandes thyroïdes de veaux, on les dépouille de leur enveloppe graisseuse, on les hache et on les fait cuire très légèrement dans l'eau : le bouillon et la glande doivent être absorbés; pour cette dernière, il serait préférable d'en faire un hachis. Dans le procédé de Fox, on fait macérer la glande pendant une demie heure dans l'eau ; on filtre, et on exprime : le suc constitue le médicament. Ce sont tous les deux des procédés actifs; mais incontestablement ils rebutent le malade. Pendant mon internat à Saint-Lazare, dans le service du Dr Leblond,

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*
(4) *In* Charles Eloy, *loc. cit.*

j'ai essayé le procédé de Howitz chez une femme atteinte de goître parenchymateux ; mais le dégoût de la malade a dû me faire renoncer à ma tentative.

Ces phénomènes d'intolérance frappèrent nombre d'autres observateurs. Aussi l'idée vint de recourir à des tablettes de glande thyroïde desséchée ; l'expérience montra qu'en général elles avaient même activité que la glande. Aussi cette thérapeutique se développa avec une grande rapidité.

L'on peut pourtant se dire qu'administrer la glande fraîche ou des tablettes faites avec la glande desséchée est un procédé plus brutal que scientifique et qu'il vaudrait mieux chercher à séparer les divers principes du suc thyroïdien pour pouvoir administrer celui qui serait vraiment actif et celui là seulement. En effet, dit toujours Ewald (1) « certains troubles accessoires paraissent se rattacher à l'action de quelque principe toxique éventuellement contenu dans les diverses préparations ; tels sont des démangeaisons, des érythèmes, des urticaires, des eczémas, des salivations, des douleurs dans les membres ou dans l'abdomen, des céphalées, des accélérations des mouvements respiratoires, des palpitations et des tremblement assez précoces pour qu'il soit impossible de les imputer au trouble des échanges. Dans des tablettes anglaises qui déterminaient chez des souris et des lapins des désordres beaucoup plus accusés que les préparations de glandes fraîches, Lanz a trouvé des bactéries offrant les plus grandes ressemblances avec les bacilles de l'œdème malin. »

Mais quel est le principe actif ? Question difficile qui soulève un des plus ardus problèmes de chimie.

Wermehren (2) isola la thyroéidine en additionnant la glande fraîche avec le double de son volume de glycérine, en filtrant après vingt-quatre heures et en précipitant par l'alcool. Knoll isola le thyrodène qui est un produit analogue. Nokkine (3) découvrit une substance qu'il appela thyroprotéide qui ne serait autre que le principe toxique qui détermine le myxœdème et qui sous l'action d'un ferment soluble qui se trouverait dans la glande thyroïde devrait être enlevé à l'organisme. Frœnkel (4) put extraire un corps cristallisé qu'il appela thyro-antitoxine et qui présente quelques réactions des alcaloïdes. Drechsel (5) isolait un produit analogue.

Le produit le plus important semble néanmoins celui que Baumann (6) découvrit en 1896 et qui présente cette caractéristique remarquable d'être un produit organique iodé. Il l'appela thyroïodine ou iodothyrine et en fit la seule substance active de la glande, suivi en ce par Roos (1), Treupel (2), et Tœpfer (3). Hutchison d'Edimbourg prétendit au contraire que la substan colloïde du corps thyroïde constitue le seul princi actif de cette glande et que la thyroïodine n'est qu'u dérivé artificiel du colloïde et par suite ne possè qu'une partie de l'action de ce dernier. Notkine (5) ég lement, après une seule comparaison, il est vrai, l'iodothyrine et de la glande complète, conclut à l'inf riorité du premier produit. Fraenkel professa la mêm opinion ; il la légitimait en disant qu'à côté de l'iod thyrine la glande renferme d'autres principes actif c'est aussi d'ailleurs l'opinion de Catillon (*Bulletin thérapeutique*, 1897).

Au reste que l'iodothyrine soit une partie du princi actif ou que ce soit ce principe actif lui-même, son a tivité ne saurait plus faire de doute ; nombres d'obse vations en font preuve ; sans se préoccuper donc si so action est supérieure ou inférieure à celle de la glan totale, il est légitime de prescrire ce produit qui pr sente au moins l'avantage d'être un produit déte miné (6).

En résumé, à l'heure actuelle la thérapeutique thy roïdienne par les voies digestives peut être appliqué de trois façons différentes, soit que l'on fasse ingére de la glande fraîche, de la glande sèche ou de l'iodo thyrine, les autres produits que peut contenir la gland n'ayant point été jusqu'à présent préparés en asse grande quantité pour être employés en thérapeutique

C'est à l'iodothyrine que j'ai eu recours avec u plein succès chez le psoriasique dont j'ai parlé plu haut ; je la lui ai administrée pendant deux périodes d vingt-cinq jours à la dose de 1 gr. 50 ; et il continue l'employer en ce moment comme moyen préventi d'une récidive possible de son affection. C'est également l'iodothyrine que j'ai ordonnée à la malade atteint d'œdème éléphantiasique que j'ai présentée il y a quel que temps à la Société : en ce dernier cas si j'ai obten un effet assez satisfaisant sur la lipomatose généralisée je n'ai rien obtenu sur l'œdème local pour lequel j l'expérimentais.

V

Il m'est difficile en terminant cette étude de fixer le doses de glande thyroïde qui doivent être employées

(1) Ewald, Congrès de Wiesbaden, *loc. cit.*

(2) Wermehren. *Deut. med. Woch.*, 11 mars 1893.

(3) *In* Brissaud. *Loc. cit.*

(4) Frœnkel. *Münch. med. Woch.*, 1896.

(5) Drechsel. *Zeit. f. Biol.*, XXXIII-1, p. 85 et *Cent. f. phys.*, 1896, n° 24.

(6) Baumann. *Zeit. f. phys. chemie*, 28 déc. 1895, et *Münch. med. Woch.*, 1896, n° 6, 14, 17 et 47.

(1) Ross. *Zeit. f. phys. chemie*, 16 mai 1896.

(2) Treupel. *Münche med. Woch.*, 11 février 1896.

(3) Tœpfer. *Wien Klin. Rundschau*, n° 5, p. 134, 1896.

(4) Hutchison. *Ass. med. Brit. Carlisle*, 1896, *in Sem. méd.*, 1869 p. 300.

(5) Notkine. Soc. imp. Royale de méd. de Vienne, 17 octobr 1896, *in Sem. méd.*, 1896, p. 419.

(6) Depuis la lecture de ce travail à la Société de médecine d Paris, M. Gley a montré à la Société de Biologie que les glandule parathyroïdes renferment plus d'iodothyrine que la glande elle même — ce qui expliquerait leur grande puissance physiologique On peut en conclure que quand on emploie la glande fraîche ; i vaut mieux lui préférer les glandules parathyroïdes.

st une affaire de tâtonnement et de susceptibilité dividuelle. Il faut toujours commencer par une dose nime, (dix centigr. environ de glande desséchée ou odothyrine) augmenter jusqu'à effet thérapeutique, cotoyant le thyroïdisme sans jamais le dépasser.

S'il est légitime en effet de poursuivre par cette nouelle méthode nombre d'affections sur lesquelles d'aues procédés ont moins de prise, il faut ici plus que rtout ailleurs ne point oublier que le désir de ne pas ire doit être le frein de la hardiesse thérapeutique.

ACADÉMIE DES SCIENCES

ance du 6 septembre 1897. — *Présidence de* M. A. Chatin.

Composition des pommes de terre. — M. Balland. Le *raité sur la culture et les usages de la pomme de terre*, ublié par Parmentier en 1789, mentionne 12 variétés de ommes de terre; on en compte aujourd'hui plus de 400. est la plante alimentaire qui, en ce siècle, a pris le développement et a eu le plus grand rôle dans l'économie des ciétés modernes. La production qui était, en France de millions de quintaux en 1852, atteignait 100 millions en 882 et dépassait 129 millions en 1895. Nous récoltons plus ue nous ne consommons. Nos exportations se font de préérence sur l'Angleterre, le Brésil, la Turquie, le Portugal la Suisse; elles représentent une valeur de 8 millions e francs.

Les analyses effectuées sur les principales variétés (*Early ose de Bourgogne, de Bretagne*; *Hâtive Saint-Jean*; *Hollande d'Auvergne, de Bourgogne, du Gâtinais*; *Institut de eauvais*; *magnum bonum*; *mille-yeux, rosace d'Allemagne*; *oyale bleue*; *saucisse rouge*; *vitelotte*, etc.) ont présenté les carts suivants :

Composition centésimale des pommes de terre.

	Eau.	Matières azotées.	Matières grasses.	Matières sucrées, et amylacées.	Cellulose.	Cendres.	Poids du tubercule.
	—	—	—	—	—	—	gr.
. l'état normal.							
au minimum.	66,10	1,43	0,04	15,58	0,37	0,44	23,0
au maximum.	80,60	2,81	0,14	29,85	0,68	1,18	420,0
. l'état sec.							
au minimum.	»	5,98	0,18	80,28	1,40	1,66	»
au maximum.	»	13,24	0,56	89,78	3,06	4,38	»

La proportion d'eau est indépendante de la grosseur des ommes de terre et de la variété. Elle paraît étroitement iée à la nature du sol; c'est ainsi qu'une même variété, 'Early rose, a donné 80,50 p. 100 en Bourgogne et 67,50 . 100 en Bretagne, soit une différence de 13 p. 100 (1). Il st à remarquer que, dans ce cas, on a obtenu la même uantité de matière azotée dans les pommes de terre à l'état sec; mais ce n'est pas une règle générale : pour d'autres variétés cultivées en terrains différents, on peut avoir de grands écarts. Voici, sur ce points, quelques indications plus précises, qui prouvent également que la matière azotée est loin d'être uniformément répartie dans toutes les variétés.

	Eau. pour 100.	Matière azotée pour 100. à l'état normal	à l'état sec.
	—	—	—
Hollande de Pontoise.....	80,60	2,58	13,24
— d'Auvergne.....	77,90	1,83	8,28
— du Gâtinais.....	73,60	1,78	6,78
Rosace d'Allemagne (Loiret)...	79,10	2,12	10,16
Hâtive Saint-Jean du Gâtinais..	66,10	2,81	8,28
Royale bleue (Nord).....	72,80	2,25	8,28
Mille-yeux (Château-Thierry)...	75,50	1,93	7,89
Hâtive ronde du Gâtinais.....	77,90	1,66	7,52
Vitelotte du Gâtinais.....	77,90	1,66	7,52
Early rose (Bourgogne).....	80,50	1,46	7,52
» (Bresse).....	80,00	1,43	7,13
» (Bretagne).....	67,50	2,32	7,13
Magnum bonum (Bretagne)....	73,10	1,82	6,75
Saucisse rouge (Nièvre)	76,90	1,56	6,75
Saucisse du Gâtinais...	73,60	1,58	5,98
Institut de Beauvais (Bresse)..	72,70	1,63	5,98

Les cendres contiennent généralement des traces de manganèse. L'acidité totale oscille entre 0,072 et 0,250 p. 100.

Les petites pommes de terre nouvelles ne diffèrent pas, par leur composition, des grosses pommes de terre qui ont atteint tout leur développement. La proportion des enveloppes extérieures dans ces tubercules n'est que de 3 p. 100; elles contiennent 12,50 p. 100 de cellulose à l'état sec, soit 2,85 p. 100 à l'état ordinaire, c'est-à-dire environ sept fois plus que dans la pomme de terre entière.

Les pommes de terre cuites à l'eau conservent, à peu près, leurs poids primitif. Les pommes de terre frites (à la graisse ou à l'huile) retiennent environ 38 p. 100 d'eau et 7 à 9 p. 100 de matière grasse. Celles que l'on vend couramment dans les rues de Paris, laissées, comme l'on sait, plus ou moins longtemps sur un égouttoir exposé à la chaleur, ne renferment que 4 p. 100 de graisse. Dans 3 kilog. de pomme de terre, avant ou après cuisson à l'eau, représentant approximativement 1.200 grammes de pommes de terre frites et 700 grammes de pommes de terre entièrement desséchées, il y a donc, à peu près, autant de matières azotées et amylacées que dans 1 kilog. de pain blanc ordinaire.

(1) D'après les analyses de Parmentier (*loc. cit.*, p. 175), une livre de pommes de terre contient *onze onces et demie* d'eau de végétation, soit 72 gr. 10 p. 100 grammes, l'ancienne livre étant représentée par 489 grammes, et l'once, par 30 gr. 57. C'est encore la moyenne admise aujourd'hui.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 septembre 1897. — *Présidence de* M. Gaventou.

Les localisations cérébrales. Étude de psycho-physiologie. — M. Ferrand. La sensibilité est une fonction propre au règne animal et que nous voyons s'exercer avec une perfection et une complexité proportionnelles au niveau que les êtres occupent dans l'échelle animale. L'étude des localisations cérébrales donne à cette fonction son complément le plus achevé.

Après l'ébauche de Gall, ce furent les médecins qui, par leurs observations, ramenèrent les psychologues à l'étude

des localisations cérébrales. Et il y a de plus, aujourd'hui, une grande distinction à faire entre les localisations de l'écorce et celles de la base.

Les centres corticaux ont été regardés tout d'abord comme purement moteurs ; puis on a distingué, parmi eux, une zone motrice, une zone sensible et aussi une zone indéterminée ou latente. Mais les centres corticaux ne sont pas seuls moteurs ; les centres ganglionnaires de la base le sont aussi, à un autre titre. Et si on étudie en particulier leurs fonctions spéciales, on trouve que les centres ganglionnaires sont les centres de l'adaption sensorielle, et les centres corticaux ceux de la représentation sensible.

De sorte que tout appareil sensoriel se compose : 1° d'un appareil périphérique attribuable à l'*impression* sensible, qui différencie la *qualité* de la sensation ; 2° d'un appareil d'*adaption* qui en mesure la *quantité* ; 3° d'un appareil d'*enregistrement* qui en recueille et en conserve l'*image* à la disposition de l'imagination et de la mémoire. Enfin les relations de ces centres entre eux nous permettent de comprendre les opérations de l'*estimation* et du *sensorium commune* des psychologues.

Et tout cela ce sont les opérations auxquelles il convient de réserver le nom de *psychiques* pour les distinguer des opérations intellectuelles proprement dites.

Danger des opérations faites sur le goître exophthalmique. — M. Poncet (de Lyon) ne veut pas revenir sur l'efficacité et l'innocuité de la résection du grand sympathique cervical. La sympathectomie est sans danger dans le goître exophthalmique.

M. Doyen et M. Péan n'ont pas eu d'accident, disent-ils, dans la thyroïdectomie, mais M. Doyen n'a eu que deux cas et M. Péan peut s'être trouvé en face d'une série heureuse ; on a signalé des morts subites survenant peu de jours après l'opération et dues soit à une intoxication aïgue par les produits secrétés par la glande, soit à une action réflexe sur le grand sympathique.

Les nerfs tiraillés pendant l'opération amènent une sécrétion abondante de sérosité et ce qu'on a appelé la fièvre thyroïdienne. Chez les basedowiens, il est possible que cette décharge soit plus abondante et que les produits en soient plus toxiques. Le meilleur moyen de rendre la thyroïdectomie inoffensive serait donc de la rendre totale. M. Péan, après la thyroïdectomie totale, n'a jamais rencontré de myxœdème opératoire, mais la thyroïdectomie totale ne suffit pas toujours à guérir le goître exophthalmique.

La thyroïdectomie ou les énucléations chez les basedowiens, d'après la thèse de M. Bérard (Lyon, décembre 1896), donnent 40 à 45 p. 100 de guérisons définitives, 15 à 30 p. 100 de mortalité immédiate. M. Poncet lui-même a eu deux morts sur douze opérés. Il se fait une véritable toxhémie thyroïdienne dans les opérations sur le corps thyroïde. Il faut donc hésiter avant de mettre le bistouri sur le corps thyroïde d'un basedowien. Le goître exophthalmique vrai, avec sa triade complète, doit être traité d'abord par des moyens purement médicaux, même si l'amélioration est lente. Chez les malades de la classe pauvre qui ne peuvent attendre, on peut être forcé d'intervenir chirurgicalement, mais il y a des risques à courir. Dans ces cas il faut d'abord faire la résection du grand sympathique cervical.

Le charbon dans l'industrie des peaux et des crins. — M. Le Roy des Barres rapporte l'histoire de six ouvriers employés soit dans les crins soit comme mégissiers et qui ont contracté le charbon en maniant des crins et des peaux de provenance étrangère. Les crins et peaux d'origine française paraissent, en effet, inoffensifs depuis les vaccinations préventives contre le charbon. Le dignostic de la pustule maligne a été fait rapidement au microscope. Le diagnostic de l'œdème malin est plus difficile, mais dans les cas de doute il faut ne pas attendre et procéder à des injections sous-cutanées de solutions iodées au dixième ; au besoin on fera le diagnostic au moyen d'inoculations au cobaye.

Sur les 72 cas de charbon qu'il a observés dans le milieu industriel où il exerce, M. Le Roy des Barres a eu 10 morts et 62 guérisons.

Le charbon se développe généralement à la suite de lésions cutanées superficielles, après des démangeaisons et des grattage ; c'est, en effet, sur les parties découvertes et les plus exposées aux poussières que se développe généralement le charbon.

On a demandé la désinfection préalable des crins et des peaux, mais les crins ne peuvent supporter, sans être altérés, la désinfection par la vapeur sous pression. De même pour les peaux, on n'est pas arrivé à un procédé pratique.

Comme médication l'iode à l'intérieur et à l'extérieur en injections sous-cutanées, doit en être la base. Il faut en outre prendre des mesures de prophylaxie et d'hygiène dans les usines qui manient les peaux et les crins.

Stérilisation de l'eau de boisson. — M. Lapeyrère, pharmacien principal de la marine, lit un travail intitulé : Vérification et stérilisation de l'eau de boisson par le permanganate alumino-calcaire, et présente un filtre de son invention.

A 4 heures et demie la séance est levée.

XII[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Moscou du 19 *au* 26 *août* 1897.

(*Suite* (1).

Indications de la lithotritie. — M. Albarran (de Paris). Quoique, grâce surtout aux travaux de Guyon, la lithotritie soit une opération très bien réglée, un grand nombre de chirurgiens pratiquent plus volontiers la taille, dans la double crainte de perforer la vessie ou de laisser des fragments du calcul.

La perforation de la vessie est un accident très rare, comme le prouvent les résultats statistiques. Sur 126 lithotrities je n'ai eu que 2 morts, l'une d'anurie, l'autre par infection, et, sur les milliers de lithotritiés opérés par M. Guyon, la proportion de la mortalité n'arrive pas à 2 p. 100. Les statistiques de la taille sont bien plus meurtrières.

J'ai démontré souvent, par l'examen cystoscopique effectué après l'opération, qu'il ne reste pas de fragments dans la vessie lorsque ce réservoir présente de bonnes conditions. Si des circonstances particulières obligent parfois à laisser une partie de la pierre, on fait, quelques jours après, une seconde séance qui enlève le tout. En tout cas, on peut toujours s'assurer qu'il ne reste pas de fragments de pierre dans la vessie.

(1) V. *France médicale*, n° 35, 36 et 37.

..es récidives sont dues, dans les calculs aseptiques, à ce ..e de nombreux graviers descendent du rein, et, dans .. calculs septiques, à ce que le malade néglige de laver .. vessie. Si la récidive survient, il est plus facile de prati..er de nouveau la lithotritie que de refaire la taille. La ..otritie guérit très vite les malades; la plupart se lèvent ..ès quarante-huit heures et peuvent sortir de six à huit ..rs après l'opération.

..a taille ne présente, dans les calculs de la vessie, que ..s indications restreintes. Elle sera préférée chez les en..ts, quoique j'aie pratiqué avec succès la lithotritie sur ..e fillette de six ans. Lorsque la vessie est trop anfrac..euse et ulcérée, la taille pourra se trouver indiquée, mais ..cystite ne contre-indique pas, en général, la lithotritie; ..ns ce cas, il suffit de soigner la vessie pendant quelques ..rs avant l'opération, au moyen des instillations et des ..ages. Les pierres trop dures pour être brisées ou encha..nées seront enlevées par la taille, mais on peut broyer ..s pierres très grandes (152 grammes, Guyon; 95 gram..es, Albarran). La taille est encore indiquée lorsque ..tat d'infection grave nécessite de laisser la vessie ou..rte.

Toutes ces indications de la taille sont exceptionnelles, ..je donnerai une idée de leur importance relative, en ..sant qu'à l'hôpital Necker de Paris, nous faisons à peine, ..us les ans, une ou deux tailles pour calcul, et que, dans ..même espace de temps, nous pratiquons de 100 à 120 ..hotrities. »

M. Albarran recommande sa méthode opératoire pour ..lever les débris des calculs vésicaux dans les cas suivants : 1° Chez les enfants; 2° lorsqu'il existe des ulcérations ..une certaine étendue dans la vessie, à cause du danger ..la perforation. (Ce cas est arrivé une fois sur 126). La ..atistique de Guyon relate 2 p. 100 de mortalité dans ..000 cas de lithotripsie; 3° lorsque la pièce est encapsulée 4° lorsque l'état de la vessie exige un drainage continuel. ..ns tous les autres cas il faut les extraire par les voies ..turelles.

M. Nitze (Berlin) a muni la sonde destinée à évacuer les ..lculs d'un appareil optique. De cette manière on peut se ..nvaincre de la propreté de la vessie, après l'opération, ..ns y introduire un nouvel instrument.

M. Nitze a guéri 42 cas de polypes bénins de la vessie à ..ide du polypotome. Il les a fait évacuer par les voies ..turelles. Il n'a pas eu un seul décès. Il fait la description ..es instruments qu'il a inventés. Quand la tumeur est ..etite, il la guérit en une seule séance, quand elle est mobile, ..cautérise le pédicule. M. Nitze affirme qu'avec ce procédé ..s récidives sont beaucoup plus rares que dans l'opé..ation.

Absorption par la vessie. — M. Géroth (Bucarest) a fait ..e nombreuses recherches sur la résistance que la muqueuse ..ppose à la pénétration des liquides. Cependant cette résis..nce n'est que relative et dépend de la constitution chi..ique des substances. Le ferrocyanure de potassium, le ..lucose, l'urée ont traversé les parois de la vessie. Les ..ssais par les alcaloïdes ont donné des résultats négatifs.

Statistique d'une série de diphtériques traités ou non ..ar le sérum antidiphtérique dans l'hôpital de Blegdam . Copenhague. — M. Fibiger (de Copenhague). La statis..ique comprend des malades atteints de croup diphtérique ..u de diphtérie tonsillaire. Tous les malades sont examinés bactériologiquement pour constater la présence du bacille de Lœffler. La statistique se compose de 1.000 patients (500 diphtéries vraies avec bacilles de Loeffler).

Le traitement est administré comme suit :

Pendant un jour et une nuit tous les patients reçus à l'hôpital sont traités par le sérum; le lendemain les malades ne sont pas traités, et ainsi on a accidentellement établi deux séries de patients, dont l'une forme une série de contrôle du traitement. L'expérience a duré un an entier.

On a pu ainsi établir une épreuve indiscutable de l'efficacité du sérum antidiphtérique.

Traitement de la tuberculose. — M. Ziemssen (Munich). —L'auteur distingue deux formes de traitement de la tuberculose : le traitement spécifique et l'aérothérapie. Pour ce qui concerne le premier, l'auteur a employé la tuberculine de Koch sans résultat. Dans la seconde, il distingue le séjour sur les hauteurs et le séjour dans la plaine. Les deux présentent comme avantages particuliers : l'absence de germes et de poussières, une proportion plus grande d'ozone, une pression atmosphérique moindre, moins de mouvements atmosphériques, et, par suite, moins de vent et de courants d'air, action plus énergique des rayons du soleil. Cependant les fiévreux supportent mal ce climat, le voyage fatigant et l'isolement sont également difficiles à supporter. Et, d'ailleurs, la plupart des avantages que présente le séjour sur les hauteurs se rencontreraient également dans la plaine, dans les bois, si on établissait des sanatoria suivant les conseils de Brehmer, et en nombre considérable.

M. V. Leyden n'a pas encore obtenu de meilleurs résultats avec la nouvelle tuberculine qu'avec les autres méthodes. Néanmoins il ne voudrait pas émettre une opinion définitive sur la valeur du nouveau remède. Cependant il ne faut pas espérer beaucoup de succès dans la thérapeutique de la phtisie. Nous ne pouvons donc rejeter à l'arrière-plan le traitement de la phtisie par le climat, car il est fort possible que dans quelque temps d'ici on trouve un spécifique de la tuberculose. Les résultats du traitement par le climat sont acquis. Le mouvement dans les sanatoria ne doit donc pas subir d'arrêt par suite de l'examen par la tuberculine. On ne doit pas attribuer un effet spécifique à toute espèce de climat. Le climat de la montagne doit toujours être préféré, parce qu'il est le plus vigoureux et fortifie mieux le corps.

Enfin on doit insister surtout sur ce fait qu'il faut guérir le malade dans le climat même qu'il doit habiter ultérieurement.

M. Senator (Berlin). L'auteur a employé la tuberculine dans une douzaine de cas et il a observé dans quelques cas une aggravation des symptômes, dans d'autres l'apparition de la fièvre. On ne peut donc rien espérer de ce procédé de traitement; d'ailleurs, le traitement par le climat est excellent dans certaines circonstances. A ce point de vue, le séjour dans les hauteurs présente quelques avantages sur celui de la plaine, mais il convient plutôt à ceux qui sont soupçonnés de tuberculose ou à ceux qui en sont au premier degré. L'hémoptysie n'empêche pas ce séjour quand elle n'est pas considérable. L'auteur considère également le climat du bord de la mer, qui se distingue par une faible pression atmosphérique et par l'humidité, et qui convient à certaines formes de phtisie. Quant aux sanatoria, il faut

en construire de petits mais en grand nombre. Enfin l'auteur a mis en question l'installation de sanatoria flottants.

M. Drozda (de Vienne). — Une thérapeutique rationnelle de la tuberculose pulmonaire et de la phthisie consécutive a naturellement plusieurs problèmes à résoudre : il faut détruire les toxines accumulées dans l'organisme par suite de l'invasion des bacilles de la tuberculose, des streptocoques, des staphylocoques, etc., toxines dont l'influence sur les divers organes doit être prise en considération au point de vue séméiologique, et mettre énergiquement obstacle à la production simultanée des pyrotoxines. Ces dernières se reproduisant tant qu'il existe dans le corps humain des micro-organismes virulents, il est clair que ce but ne peut être atteint que par des mesures énergiques, dirigées dans ce but. C'est par une étude consciencieuse, basée sur l'expérience de longues années, que seront indiqués les remèdes et les voies propres à atteindre ce but et sera éclairci le mode de leur ingérence. Comme, dans une invasion plus considérable, il ne peut être question d'une excrétion immédiate, rapide des micro-organismes, il faut chercher à diminuer, autant que possible, la virulence des bactéries qui ont déjà envahi l'organisme, afin de mettre obstacle à leur multiplication ultérieure et à la formation consécutive des toxines ; il faut chercher à fortifier progressivement l'énergie vitale des organes affectés, à provoquer le ramollissement lent, puis la solution des adhérences pleurétiques existantes et enfin la dilatation libre des diverses parties des poumons ; parallèlement avec ces modifications a lieu progressivement le ramollissement des infiltrations tuberculeuses compactes qui jusque-là formaient une barrière solide autour des diverses sections du poumon, y mettaient obstacle à l'échange respiratoire des gaz et les préparaient à une invasion consécutive des micro-organismes ; il faudra préciser exactement les remèdes et les voies par lesquels ce but pourra être atteint ; enfin, il faut encore rendre non nocifs les micro-organismes qui, par résorption, ont passé dans le système lymphatique, et chercher à prévenir le danger d'une infection consécutive.

L'auteur, se basant sur une étude consciencieuse poursuivie de longues années, est ainsi arrivé à la conclusion que les infiltrations tuberculeuses et les processus phtisiques, si l'on intervient à temps et d'une manière appropriée, dans le sens indiqué ci-dessus, sont susceptibles d'une guérison complète, lente, mais certaine. Même à un degré avancé de phtisie pulmonaire, sans espoir de guérison, il y a lieu, par le régime indiqué, d'attendre une amélioration sensible de l'état du malade et une prolongation de la vie.

M. Crocq (Bruxelles). L'hérédité et la contagion sont les deux causes les plus importantes de la tuberculose. Les anciens accordaient un rôle prépondérant à l'hérédité, tandis que les modernes l'accordent à la contagion. Celle-ci repose surtout sur l'inoculation, la tuberculose en effet se propage surtout par inoculation, et non par l'air. Crocq n'a jamais constaté de contagion d'individu à individu mais plutôt la transmission héréditaire, Rissel en Allemagne, Leudet en France ont fait des observations analogues. Il en résulte que l'on ne doit pas considérer la tuberculose comme une maladie contagieuse, mais surtout comme une déchéance constitutionnelle et héréditaire de l'organisme.

La tuberculose se termine plutôt par la guérison que par la mort. Si celle-ci survient, c'est en raison d'une inflammation qui détermine la propagation des tubercules. Si on pouvait éviter cette inflammation ou la guérir, il y aura plus de cas de guérison. Nous n'avons aucun moyen d'action contre le bacille, la créosote n'arrive pas à le tuer, elle présente au contraire quelquefois certains inconvénients, notamment pour l'estomac qu'il faut avant tout ménager. L'auteur a employé avec beaucoup de succès même dans les cas de tuberculose grave ou compliquée de diabète, l'ergotine et le nitrate d'argent. Ce dernier a une action également très avantageuse sur l'estomac.

La révulsion a souvent été pratiquée dans la tuberculose. Cette méthode s'applique aux cas où la tuberculose est restée stationnaire sous l'influence des lésions périphériques, par exemple de fistules rectales articulaires chroniques.

La révulsion sur l'intestin par les purgatifs peut avoir un effet favorable sur la tuberculose pulmonaire, mais si elle est trop longtemps employée, elle détermine des infections intestinales chroniques et devient par cela même nuisible. Mais sur la peau, on peut faire une révulsion énergique (vésicatoires, huile de croton, cautérisations de toutes sortes), particulièrement par le nitrate d'argent que l'auteur a employé avec succès.

M. Kernig (de Saint-Pétersbourg) rend compte du traitement de neuf malades par la tuberculine. L'état de cinq d'entre eux s'est notablement aggravé à la suite. Son opinion est qu'il faut rejeter entièrement l'usage de la nouvelle préparation.

M. Dehio (Dorpat) cite les sanatoria pour la tuberculose dans le Nord de la Russie où de bons résultats ont été obtenus. Il recommande d'en augmenter le nombre.

M. Jawein (de Saint-Pétersbourg) a vu des affections purement locales se transformer en tuberculose miliaire par suite de l'injection de la nouvelle tuberculine, tuberculose qui a rapidement amené la mort. Il est complètement revenu de l'emploi du remède.

M. Gerhardt (Berlin). — Les observations faites avec la nouvelle tuberculine ne sont pas encore assez concluantes pour pouvoir en fixer définitivement la valeur. Il ne faut donc employer ce moyen que sur la demande formelle du malade, et après que celui-ci a été mis au courant des dangers que présente son application. Les observations faites par Gerhardt ont été souvent négatives et quelques-unes ont eu des suites funestes. Tous les médicaments employés dans la phthisie ont complètement échoué. Ce n'est que l'air pur qui agit dans le traitement par le climat, et non par la hauteur ou la mer. Le résultat obtenu dans le Sanatorium érigé auprès du lac de Grabow, près de Berlin, par la Société de la Croix-Rouge, fut que 20 p. 100 des phthisiques soumis au traitement eurent une amélioration telle que, s'ils ne furent pas guéris rapidement, ils purent au moins reprendre leurs occupations.

M. V. Stchépotiew (Constantinople). — Le véritable traitement de la tuberculose — le traitement hygiénique et diététique — ne peut se faire que dans des établissements spéciaux, établis à une distance suffisante des agglomérations urbaines. L'air pur et le soleil étant les plus grands ennemis de la tuberculose, il faut choisir pour les sanatoria un climat qui donne par jour le plus grand nombre d'heures possibles à la cure au grand air. Chaque grande ville devrait hospitaliser les phthisiques pauvres dans des sanatoria spéciaux, situés hors de la ville, dans des conditions favorables au traitement de la tuberculose.

M. Michaelis (Berlin) rend compte des recherches faites

a clinique de M. Leyden au sujet de la présence des bacries dans le sang des phthisiques et des résultats de ces périences par rapport à la diazoréaction. Dans huit cas aves sur dix, l'examen du sang permit de reconnaître s staphylocoques.

Pathogénie et histogénèse du cancer et des maladies sporozoaires (clavelée, variole, vaccine, syphilis, trarome). — M. F.-J. Bosc (de Montpellier). L'élément causal s tumeurs malignes, d'après M. Bosc, ce sont les coccidies : nombreuses expériences seraient paraît-il, très conantes à cet égard ; aussi l'histogénèse des tumeurs deent-elle d'une interprétation plus facile : le cancer est nc une néoplasie inflammatoire produite par la prolifétion de l'hypertrophie des cellules en présence d'un agent iritation de la classe des sporozoaires ; dans un nombre nsidérable de maladies non microbiennes (clavelée, vaole, vaccine, syphilis, trachome), on retrouve des lésions des formes parasitaires identiques à celles des cancers. paraît donc indéniable, maintenant, qu'il existe une ngue série de maladies causées par des sporozoaires dont s formes d'évolution sont variables et qui constituent en énéral, des maladies à marche chronique pouvant perster longtemps ou même indéfiniment dans l'organisme.

Théorie de l'hérédité. — MM. Hillemand et Petrucci (de aris). L'auteur commence par rappeler que Magendie, Cl. ernard, Vulpian ont démontré la prépondérance du sysme nerveux dans les domaines physiologique et pathogique. Dans la théorie de l'auteur, le système nerveux evient l'agent principal de l'action de chaque individu sur spèce ; l'hérédité des caractères acquis se réduit pour lui une action réflexe spéciale du système nerveux sur les llules germinatives.

La pathologie et surtout les résultats de la pathologie xpérimentale viennent à l'appui de cette manière de voir. auteur cite des faits de transmission héréditaire de l'épipsie expérimentalement provoquée chez des cobayes par émisection de la moelle. Enfin la castration montre l'inme liaison qui existe entre l'épithélium germinatif et le iste de l'économie ; pour expliquer que l'ablation des celules germinatives puisse arrêter le développement du ryux, des poils, il fait intervenir un trouble local du sysme nerveux se généralisant et se répercutant sur l'ensemble du corps.

De la dégénérescence kystique des organes glandulaires. — M. Kimla. L'auteur, examinant une série de cas e dégénérescence kystique des organes glandulaires, est rrivé à cette conclusion, qu'aucune des théories actuelles e l'origine de la dégénérescence kystique n'est soutenable. l regarde la vraie dégénérescence kystique comme le résultat d'un développement anormal de l'organe glandulaire. ans les premiers temps de l'évolution embryonnaire, la artie mésodermique dudit organe s'accroît aux dépens du issu épithélial et désorganise les formations glandulaires, squ'à présent primitives, soit totalement, soit partiellement en segments épithéliaux. Ces derniers étant séparés de la continuité organique se développent ensuite indépendamment, d'une part en kystes communs, d'autre art en formations d'apparence kystadénomateuse ; mais l ne faut pas les confondre avec les formations kystoïdes t kystes par rétention qui se développent plus tard dans e parenchyme resté en fonction.

L'auteur a examiné avec le plus grand soin la dégéréscence kystique des reins et du foie. Pour lui, la bronchectasie congénitale dans le sens de Grawitz (du moins la plupart des cas dans lesquels il s'agit des kystes fermés), de même quelques cas de la cirrhose de Corrigan unilatérale chez les adultes ne sont que la vraie dégénérescence kystique du poumon, étiologiquement et anatomiquement, complètement identique avec la dégénérescence kystique du rein, du foie, du poumon, du pancréas, de la glande mammaire, du testicule, de l'ovaire, et résume tous les arguments à l'appui desquels il a conclu à la théorie ci-dessus.

La réduction brusque des gibbosités pottiques. — M. Jonnesco (de Bucharest). 1° La réduction brusque, en une seule séance, des gibbosités pottiques est une excellente opération ;

2° Il est indispensable dans tous les cas d'associer à l'extension et contre-extension la pesée sur la gibbosité ;

3° La traction manuelle présente de graves inconvénients, elle doit céder le pas à la traction mécanique par les mouffles ;

4° La traction doit être exercée sur la tête et le bassin, et non sur les extrémités supérieures et sur le bassin, comme l'a fait M. Jeannel (de Toulouse) ;

5° La traction mécanique ne doit pas aller au-delà de 45 à 50 kilogrammes. Exceptionnellement, dans le cas de vieille gibbosité à peu près ankylosée, on peut aller jusqu'à 80 kilogrammes. Par sa continuité et son égalité, l'extension mécanique par les mouffles ne nécessite pas de fortes tractions ;

6° Le chloroforme présente des dangers. Aussi faut-il ne l'employer que pendant la réduction et l'abandonner dès que celle-ci est faite, pour appliquer l'appareil plâtré en dehors de toute anesthésie. On peut même s'en passer complètement, surtout dans les gibbosités très jeunes non ankylosées ;

7° Les accidents post-opératoires, sauf ceux dus à l'anesthésie, sont de peu d'importance si ce n'est la bronchopneumonie ;

8° La méthode peut être employée à presque toutes les gibbosités jeunes et chez les jeunes ;

9° Toute opération sanglante préliminaire est inutile et même dangereuse. Inutile, car elle complique beaucoup l'intervention sans aucun bénéfice visible. Dangereuse, parce que certaines de ces opérations, comme la résection des apophyses épineuses, peuvent empêcher une consolidation osseuse solide de la colonne, consolidation qui se fait aux dépens de ces mêmes apophyses épineuses, les lames vertébrales et les apophyses articulaires (Regnault).

M. P. Redard (de Paris). — Me basant sur l'examen de 32 cas de gibbosités pottiques, que j'ai redressées, j'admets que la réduction de cette déviation vertébrale doit être acceptée en principe, à la condition qu'elle soit exécutée prudemment et sans danger d'accidents primitifs ou consécutifs sérieux.

J'insiste sur ce fait que quelques gibbosités sont facilement réductibles, d'autres assez facilement réductibles, d'autres irréductibles.

Je suis partisan de la réduction pour les gibbosités réductibles, mais je considère la réduction des gibbosités anciennes, confirmées, ankylosées, comme très dangereuse.

Dans mes 32 cas, j'ai obtenu d'excellents résultats sans aucun accident primitif ou consécutif, en opérant le redressement sans violence, à l'aide d'un appareil spécial, par la simple extension du rachis sans pression directe sur la

gibbosité. La force développée pour la réduction doit être mesurée, sans brusquerie ni violence.

Les paraplégies récentes, à début brusque, et mêmes quelques paraplégies anciennes, peuvent être avantageusement traitées par la méthode de la réduction.

Les abcès froids volumineux, la généralisation tuberculeuse, les affections cardio-pulmonaires sont des contre-indications à la réduction.

Des néphrites chroniques parenchymateuses interstitielles. — M. le Dr Crocq (de Bruxelles). L'auteur voit dans la desquamation des éléments épithéliaux du rein, des glomérules, aussi bien que des canalicules urinaires, la cause indispensable de l'albuminurie. C'est pourquoi il ne peut y avoir d'albuminurie physiologique ; mais la cause de l'albuminurie peut être transitoire. Il peut y avoir par exemple simplement une congestion active ou passive (ainsi la congestion rénale due aux lésions valvulaires du cœur). Cependant, la plupart du temps, c'est l'inflammation parenchymateuse qui détermine l'albuminurie. La néphrite interstitielle en est absolument distincte ; celle-ci est due à l'inflammation du tissu conjonctif du rein dans lequel sont inclus les éléments parenchymateux. Si l'épithélium, malgré cela, reste intact, il n'y aura pas d'albuminurie ; mais, si l'inflammation s'étend jusqu'aux éléments épithéliaux, l'albuminurie apparaît. Il y a donc, au point de vue clinique, deux espèces de néphrites chroniques : la première avec et la deuxième sans albuminurie. Ces deux espèces s'accordent avec les deux formes anatomiques de néphrite parenchymateuse et de néphrite interstielle. Les différentes causes qui déterminent les néphrites peuvent amener l'une ou l'autre de ces espèces ; par exemple la cantharidine donne une inflammation parenchymateuse ; la bière peut avoir une influence semblable ; les boissons distillées, le plomb, les acides de l'urine au contraire déterminent une inflammation interstitielle.

La pathogénie de la néphrite chronique. — M. le Dr Senator (de Berlin). On désigne, quoique à tort, sous le nom de néphrite chronique, une inflammation des deux reins, inflammation qui est le résultat des altérations du sang et qui a pour conséquence la diminution du parenchyme rénal et l'atrophie du rein. Un grand nombre de néphrites chroniques a pour origine l'artério-sclérose. Les causes principales de cette dernière affection qui détruit le parenchyme du rein sont : la goutte, le saturnisme, l'abus d'alcool, la syphilis, le diabète sucré, le tabac et enfin l'hérédité. Il faut mentionner la néphrite chronique des vieillards, qui a pour cause l'irrigation insuffisante des reins, et celle des anémiques.

Sur l'emploi de la saignée dans le traitement de l'urémie. — M. le Dr Laache (de Christiana). L'auteur rapporte trois cas de traitement de l'urémie par la saignée avec résultats très favorables. Les malades urinaient presque aussitôt après l'opération. L'auteur emploie la saignée simple, c'est-à-dire sans injection consécutive d'une solution physiologique de chlorure de sodium quelconque dans le sang. Il faut également, suivant l'auteur, que la saignée soit assez abondante pour influer sur la circulation totale. Néanmoins, il faut considérer l'état général du malade. La ponction d'un gros exsudat a la même influence sur la sécrétion urinaire ; l'analogie est très nette.

Excrétion urinaire après les accès palustres. Recherches cliniques et expérimentales. — M. le Dr A. Mossé (de Toulouse). Voici les résultats auxquels l'auteur est arrivé d'après ses recherches sur la polyurie insipide, aiguë, consécutive aux accès intermittents. La polyurie aiguë ne s'accompagne pas toujours d'une azoturie proportionnelle ; mais il existe un certain parallélisme entre les courbes de l'excrétion urinaire et uréique ; il peut se produire quelquefois, cependant, une véritable débâcle d'urée. L'excrétion d'acide urique est proportionnellement bien plus accentuée que celle d'urée, l'élimination de l'acide phosphorique total diminue au moment de l'accès ; les chlorures sont l'élément dont l'excrétion subit habituellement la plus grande augmentation au moment de la polyurie ; quant à la toxicité urinaire, les recherches de M. Mossé sur ce point ne lui ont pas donné de résultats absolument concordants.

La pathogénie du tabes dorsalis. — M. H. Oberstimer (de Vienne). Pour rechercher la pathogénie du tabes dorsalis, il faut se baser d'un côté sur l'étiologie, et, de l'autre côté, sur l'anatomie pathologique ; il faut tâcher de mettre d'accord les résultats trouvés des deux côtés.

Quant à l'étiologie, la plupart des auteurs sont d'accord pour reconnaître que la plupart des tabétiques ont été antérieurement syphilitiques, malgré les divergences concernant le pourcentage. Le désaccord est plus grand quand il s'agit d'interpréter la façon d'agir de la syphilis. Il faut en conclure que d'autres causes (froid, traumatisme, toxines, etc.), peuvent provoquer le tabes. Au point de vue anatomique, on trouve dans le tabes des modifications très étendues de tout le système nerveux ; il y a certaines régions qui ne sont presque jamais atteintes, tandis qu'il y en a d'autres qui le sont toujours. Il y a différentes lésions qui sont pour ainsi dire constantes dans le tabes. On trouve toujours une dégénérescence dans le domaine des cordons postérieurs et plus spécialement des parties qui sont la continuation intra-médullaire des cordons postérieurs.

Comme néanmoins les racines postérieures ne sont pas toujours attaquées, ni en même temps, ni de la même façon, on ne peut pas dire, au sens strict du terme, que le tabes est une affection systématique. Mais quel est le point de départ de cette dégénérescence ascendante des racines intramédullaires? Quatre localisations ont été tour à tour incriminées :

1° Les nerfs périphériques avec les terminaisons périphériques (Leyden, etc.) ;

2° Les cellules des ganglions spinaux (Stroebe, Oppenheim, Marie, Babès) ;

3° Les racines postérieures elles-mêmes :

a) A l'endroit où elles traversent la dure-mère et l'arachnoïde (Nageotte) ; *b*) Au point où elles passent à travers la pie-mère et la couche périphérique (Lange).

4° La partie intramédullaire des racines postérieures seule ou avec la partie extramédullaire. Si aucune des théories énumérées ne peut, à elle seule, expliquer l'affection tabétique des racines postérieures, leur ensemble sera peut-être à même de donner une explication suffisante.

Sur la nature des modifications de la moelle épinière dans le tabes. — M. L. Darkschewitsch (de Kasan). La modification des cordons postérieurs de la moelle dans le tabes dorsalis n'est pas une affection primaire, mais un phénomène secondaire. Deux processus morbides surtout paraissent être la cause de cette modification secondaire.

a) Des modifications inflammatoires du système nerveux ériphérique ; *b*) Une inflammation chronique et progres-ve des enveloppes molles de la moelle.

Ces deux causes initiales peuvent être combinées avec épondérance de l'une ou de l'autre. L'inflammation du stème nerveux périphérique peut provoquer une dégé-érescence rétrograde, qui s'étend aux faisceaux des raci-s postérieures. Dans la moelle, ces modifications se loca-sent dans la zône d'expansion des faisceaux des racines stérieures. Les modifications des cellules des ganglions ter-vertébraux, dans cette dégénérescence ascendante s faisceaux sensitifs, paraissent être de l'atrophie mple et correspondent aux modifications des cellu-s des cornes antérieures, qu'on rencontre dans la dégé-érescence rétrograde des faisceaux moteurs. L'atrophie s cellules des cornes antérieures résulte de la morbidité s faisceaux moteurs périphériques. La leptoméningite, ui provoque des modifications tabétiques dans la moelle, localise presque exclusivement dans la zone d'expansion es cornes postérieures. Ces modifications ne se rencon-ent que suivant l'étendue du processus morbide dans les acines postérieures.

Traitement mécanique du tabes. — M. le Dr Jacob (de erlin). Il a été impossible jusqu'à présent d'obtenir une uérison ou même une amélioration notable dans le tabes ormal au moyen du traitement spécifique. Le traitement écanique (compensatoire) nous permet d'obtenir, au con-raire, des résultats qu'aucun autre système de traitement 'a encore donnés. Cette méthode n'a pas la prétention de uérir la maladie elle-même ; mais elle soulage le malade t fait cesser les troubles de coordination au moyen d'exer-ices méthodiques. Ils consistent à apprendre au malade à e rendre maître de ses mouvements, malgré l'affaiblisse-ent de la sensibilité (sens musculaire). Ces exercices ne euvent pas avoir d'heureux résultats si on se borne à de imples indications ; des appareils organisés spécialement ans ce but sont nécessaires, et une direction méthodique le plusieurs semaines au moins est indispensable.

Pathologie et anatomie pathologique du tabes dor-atis. — M. le Dr R. Colella (de Messine). Ses recherches ui permettent de proposer les conclusions suivantes : 1° Dans le tabes dorsatis, on peut observer des paralysies myotrophiques très graves et répandues, même lorsque la ubstance grise antérieure de la moelle épinière présente eulement des modifications histologiques à peine appré-iables et très circonscrites. 2° Ces paralysies amyotro-phiques sont, la plupart, sous la dépendance d'une altéra-tion primitive, généralisée et profonde des racines anté-rieures de la moelle épinière. 3° Ces altérations sont consti-tuées par des névrites radiculaires parenchymateuses et par des foyers nécrotiques répandus dans les racines médullaires.

Séméiologie des obsessions et idées fixes.— MM. les Drs Pitres et Régis (de Bordeaux). L'obsession est un état mor-bide foncièrement émotif. Dans le premier degré. tout se réduit aux phénomènes de l'émotivité pathologique, de l'angoisse ; c'est la panophobie. Les phobies systématisées ou monophobies se présentent sous la forme de répulsions ou de peurs anxieuses ; c'est dans cette catégorie que rentrent les phobies à deux.

Outre ces monophobies il en est d'accidentelles ; il est aussi des états obsédants dits monoïdéiques. L'hérédité est la grande cause prédisposante ; la marche des obsessions est aiguë ou chronique ; la terminaison est variable : elle dépend à la fois du terrain et des caractères de l'obsession ; le pronostic est plus ou moins grave selon les formes ; le diagnostic est parfois fort embarrassant. Quant au traite-ment, la psychothérapie en est la base même ; il faut y ajouter les calmants, les distractions, les exercices corpo-rels, les bains, et s'il s'agit d'une femme touchant à la ménopause, l'opothérapie ovarienne pourra donner de bons résultats.

Pathologie de la cellule nerveuse. — M. le Dr Marines-co G. (de Bucharest), rapporteur. Ce qu'il y a d'important à considérer, dans la cellule nerveuse, au point de vue de sa pathologie, c'est l'élément chromatophile, ainsi nommé parce qu'il se colore fortement par les couleurs d'aniline. Ainsi la section d'un nerf moteur ou sensitif amène une désintégration de ces éléments, processus que l'auteur a désigné sous le nom de chromatolyse. Il y a une première phase de réaction, puis la phase de réparation et, quand celle-ci fait défaut, la phase de dégénérescence et d'atro-phie. L'auteur n'a pu constater qu'expérimentalement la phase de réparation, caractérisée par une hypertrophie progressive de la cellule nerveuse. Dans l'action directe des poisons, dans l'anémie expérimentale, par exemple réali-sée par la ligature de l'aorte, on constate dans certaines cellules de la corne antérieure, soit une chromatolyse péri-phérique, soit un réseau brillant très coloré par le bleu de méthylène. Dans la rage, chromatolyse périphérique quel-quefois très avancée, à peu près de même dans les lésions produites par le bacillus botulinus, Dans les injections à doses répétées d'alcool, désintégration et atrophie des élé-ments chromatophiles périphériques. Le tétanos, le bacille de la peste, les grandes infections produisent également sur la cellule nerveuse des lésions caractéristiques.

Du traitement d'états d'angoisse et de contrainte. — M. Otto Dornbluth. Le traitement systématique par l'opium et la codéine donne les meilleurs résultats quand on a affaire à des états graves et invétérés d'angoisse et de contrainte ; le repos au lit, l'hydrothérapie, la diète et le traitement psychique doivent aider les médicaments et corroborer les résultats obtenus par eux. Même sur des cas de moindre gravité, on doit avoir recours aux médica-ments sus-nommés.

Dégénérescences propagées. Altération des cordons postérieurs secondaire à une lésion cérébrale en foyer. — M. G, Durante (de Paris). La dégénérescence *rétrograde* qui, à la suite de l'interruption d'un tronc nerveux, remonte dans le bout central vers le centre trophique, mise en lu-mière par V. Gudden, est très connue anjourd'hui et a été retrouvée aussi bien dans les centres que dans les nerfs périphériques. Ce que l'on admet moins généralement c'est que, de la même façon que la dégénérescence wallé-rienne, cette dégénérescence rétrograde puisse se propager d'un neurone au neurone suivant. Aussi nous apportons un nouveau fait d'altération des cordons postérieurs secon-daire à une lésion cérébrale, par dégénérescence rétrograde propagée à travers les relais bulbaires. Histologiquement il s'agit d'une atrophie, d'une altération chimique de la myé-line avec conservation du plus grand nombre des cylindres-axes plutôt que d'une véritable sclérose avec disparition totale des éléments. Cette propagation possible de la dégé-nérescence rétrograde, qui entre certainement en cause dans les lésions médullaires observées chez les amputés, dont relèvent au moins un grand nombre de scléroses la-

téralès amyotrophiques et peut-être de tabes spasmodiques, est importante à connaître dans les cordons postérieurs. Si, en effet, le plus grand nombre des tabes vrais sont d'origine radiculaire, ganglionnaire ou périphérique, il est vraisemblable que certaines affections tabétiques ou du moins tabétiformes, que certaines scléroses systématisées des cordons antérieurs sont la conséquence directe de lésions diffuses ou en foyer de l'encéphale.

Quelques observations sur le traitement du tabes dorsal. — M. le Dr Brower (Daniel) de Chicago). La première chose à considérer pour le tabes dorsal est le climat. L'auteur recommande surtout à ses malades de passer deux ou trois mois, au printemps, dans les montagnes du Missouri, dans celle de la Caroline du Nord, dans la Géorgie ou la Californie. — Il recommande ensuite le repos au lit, avec massage journalier et traitement par les courants faradiques pendant six à huit semaines. Tout travail d'esprit et de fatigue physique doit être évité. La nourriture doit être facilement digérée et toute constipation également évitée. Il ne faut user des alcools et du tabac que très modérément. Les bains froids ou tièdes, ne dépassant pas 18° F., sont bons ; mais, d'après l'auteur, le bain chaud porte préjudice au malade.

Sur la thérapeutique du tabes dorsalis. — M. le Pr Erb (W.) (d'Heidelberg). Après avoir passé en revue la thérapeutique du tabes dans les cinquante dernières années, il examine les moyens à employer eu égard aux causes de cette affection. Dans les cas de tabes précédés de syphilis, le traitement spécifique est indiqué ; dans ceux notamment où le tabes en est à son début et existe en même temps qne d'autres manifestations syphilitiques (peau, os, muqueuses, etc.), enfin dans les cas où le traitement spécifique antérieur a été insuffisant. Ce qui fait que cette thérapeutique échoue, c'est l'état général insuffisant du malade, les lésions trop avancées, et enfin l'influence d'autres causes (alcool, nicotine, etc.). Mais ce n'est là que le traitement causal, et on ne peut en attendre des résultats rapides. Il faut lui adjoindre un traitement symptomatique, qui consiste à calmer les douleurs fulgurantes (antipyrine, antifébrine, phénacétine, etc.), les crises douloureuses diverses (gastriques, ano-vésicales, laryngées, etc.), l'ataxie elle-même ; à ce dernier point de vue la méthode de Frænkel marque un réel progrès.

Discussion. — M. A. Eulenburg (de Berlin) estime que jusqu'à présent on n'est pas autorisé à regarder la syphilis comme la cause essentielle ou exclusive du tabes. Par conséquent, le traitement spécifique, en tant qu'il est dirigé contre l'affection tabétique, elle-même, en l'absence d'autres indications formelles, ne lui paraît nullement fondé. Quant à la méthode de Frænkel, il la considère comme un moyen précieux contre l'ataxie tabétique.

M. Frænkel (de Heiden) expose les principes de sa méthode de traitement de l'ataxie tabétique par la rééducation des mouvements coordonnés.

Quelques considérations sur le traitement du tabes dorsalis. — M. le Dr Raichline (A.) (de Paris). Le traitement classique antisyphilitique (mercuriel ou iodo-mercuriel) est d'une efficacité très relative et même contestable dans le tabes ; néanmoins il reste indiqué dans la première période de la maladie. L'usage des iodures à haute dose, surtout dans les stades avancées du tabes, paraît irrationnel. La sérothérapie antisyphilitique est défavorable au tabes. L'organothérapie est privée de toute espèce d'importance au point de vue du traitement radical du tabes. Les médications physiques, notamment la balnéothérapie et l'hydrothérapie, l'électrothérapie, le massage et la gymnastique sont au contraire, d'une très grande utilité et doivent être mises au premier plan dans le traitement du tabes. La principale indication dans le tabes doit viser l'état général du malade et tâcher de relever par un ensemble de mesures diétético-hygiéniques les forces physiques et morales de l'organisme, et de compenser les effets de la maladie. La rééducation des mouvements est un immense progrès réalisé dans les derniers temps dans la thérapeutique du tabes.

Sur la dyspepsie nerveuse et son rapport avec les névroses en général. — M. le prof. Rosenheim (de Berlin). L'auteur considère la dyspepsie nerveuse comme une entité morbide : comme Leube, il la définit : Névrose de la sensibilité tactile do l'estomac. La fonction motrice et sécrétoire de l'estomac peut y être altérée (anacidité ; hyperacidité ; atonie, etc ;) si cette altération est considérable et durable, il y a lieu généralement de penser qu'il ne s'agit pas de dyspepsie nerveuse, mais d'une autre affection gastrique (gastrite, dilatation) qui a pu d'ailleurs se développer aux dépens d'une dyspepsie nerveuse. Cette dernière est relativement rare, même chez les individus nerveux ; l'auteur cite 50 cas de neurasthénie dont 27 ne se rapportaient pas à la dyspepsie nerveuse, mais à d'autres affections stomacales et dans 11 seulement se rencontraient les symptômes de la dyspepsie nerveuse. On ne peut donc admettre que celle-ci soit une manifestation de la neurasthénie ; souvent même les névroses en général dépendent de la névrose de l'estomac et disparaissent avec elle.

Sur quelques lesions expérimentales de la cellule nerveuse. — MM. les Drs Gilbert Ballet et A. Dutil (de Paris). Les auteurs se proposent de compléter la communication qu'ils avaient déjà faite, l'an passé, au Congrès de Neurologie de Nancy, sur les lésions légères des cellules nerveuses de la moelle, provoquées par l'anémie temporaire de cet organe ; et ils comparent ces lésions à celles qui apparaissent consécutivement aux sections des troncs nerveux. Ils provoquent l'anémie en pinçant pendant quelques minutes l'aorte abdominale d'un cobaye ; ce qui détermine une paraplégie complète des pattes postérieures. Sur les cellules nerveuses de l'animal sacrifié ensuite, ils constatent d'abord la dissolution partielle des granulations chromatophiles ou chromatolyse partielle initiale, qui se localise généralement au pourtour du noyau ou à l'un des pôles de la cellule et qui est d'autant plus étendue que l'anémie a été plus longtemps prolongée. Les altérations que détermine, dans ces mêmes éléments, la section des nerfs périphériques sont identiques. Les dissemblances habituellement observées entre ces deux ordres de lésions sont le fait d'une différence dans l'intensité plutôt que dans la qualité du désordre produit.

Sur l'existence des mouvements cliniques au cours de la syringomyélie. — M. Marinesco. J'ai eu l'occasion de constater chez un certain nombre de malades atteints de syringomyélie des troubles des mouvements volontaires, qui présentent un certain intérêt au point de vue de la clinique et de la physiologie pathologique. Il s'agit, dans ce cas, de mouvements involontaires localisés aux extrémités des membres supérieurs et portant sur les doigts et particulièrement sur le pouce. Ce sont des secousses rapides, quelquefois même vibratoires, se présentant d'ordinaire

s forme d'accès et apparaissant ou disparaissant sans se apparente. Enregistrés, ces mouvements revêtent la me de secousses non fusionnées, s'élevant au chiffre de q par seconde en moyenne. Les secousses terminales ou n celles qui suivent les accès cloniques sont de petite plitude. Le sens de ces mouvements cloniques est celui mouvement le mieux conservé. Quant à leur mécame, ces mouvements dépendent très probablement de ritation déterminée par le processus de gliose sur les lules nerveuses de la corne antérieure. On pourrait en nclure que les mouvements cloniques constituent la ction d'un centre nerveux sous l'influence d'un agent citateur assez fort pour produire des mouvements, mais ssi assez faible pour qu'il y ait fusion des secousses.

Quels sont les exercices physiques qu'il faut introire dans les écoles de filles. — Mme WINOGRADOWA-SKIRSKAÏA, de Moscou. La vie sédentaire que mènent les ves des écoles secondaires est, sans aucun doute, nuisi- à leur santé. L'éducation physique est trop négligée ns les écoles et même elle est totalement exclue de la part des externats. L'école doit prendre soin non seulent du développement intellectuel des élèves, mais aussi leur développement physique et de leur santé. L'éducation physique doit entrer dans le programme scolaire et ns le plan des heures de leçons. Le manque de temps ne ut être un obstacle à l'éducation physique. La gymnastique dans les écoles de filles comme moyen de discipline est pas nécessaire. Les exercices avec appareils, employés ns divers systèmes de gymnastique, ainsi que les exercices avec bâtons, haltères, etc., peuvent être exclus des oles de filles, sans aucune perte pour la santé et le développement des élèves. Ils peuvent être remplacés plus utiment par la balle et autres jeux.

Les exercices physiques peuvent se borner aux exercices ivants : *a*) gymnastique comme exercices préparatoires ur les jeux (marche, course, sauts et exercices d'équire); *b*) jeux d'intérieur et jeux de plein air ; *c*) jeux de lle ; *d*) chant général ; *e*) danses ; *f*) en hiver patinage, en é natation, canotage et promenades.

Il est indispensable de donner aux élèves un emplacement convenable pour les jeux d'intérieur et les jeux en ein air et leur donner du temps pour s'y exercer à leur ré.

Les maîtres d'exercices physiques, outre l'éducation générale, doivent connaître différents systèmes d'éducation hysique.

Il est à désirer que les exercices physiques soient sous e contrôle des médecins des écoles.

De la pathogénie de l'apparition des foyers dans la aralysie générale des aliénés. — M. le Dr MURATOW W. A.) (de Moscou). — L'auteur a pratiqué l'autopsie dans 23 cas de paralysie progressive à l'Asile d'aliénés Preorajensky de Moscou. Il est arrivé aux conclusions suivanes : 1° Les infections en foyer à forme hémorragique ou de amollissement sont excessivement rares dans la paralysie rogressive (5 cas seulement). 2° Les symptômes locaux lans la paralysie progressive, qui apparaissent sous forme l'ictus épileptiforme et apoplectiforme, ne dépendent pas l'une nouvelle complication, mais de l'envahissement de l'inflammation aux circonvolutions centrales. 3° Les convulsions cloniques doivent être considérées comme des mouvements forcés d'origine corticale ordinaire. 4° La même origine doit être attribuée aux troubles du sens musculaire et de l'hémi-anesthésie. 5° La pathogénie de l'apparition des foyers dans la paralysie progressive présente une certaine analogie avec les infections en foyer de l'encéphale. Dans les deux cas on a affaire à l'action directe ou indirecte du foyer (Excitation. Dégénération).

Sur les cautérisations par l'air chaud, particulièrement dans les cas de lupus vulgaire. — M. HOLLANDER (de Berlin), à l'aide d'un petit appareil, fait arriver sur la peau de l'air chaud à environ 300 degrés. Outre les cas de tumeurs phagédéniques et d'hémostase, il a employé cette méthode surtout contre le lupus. La cautérisation de Paquelin a une action à la fois mécanique et thermique, la cautérisation par l'air chaud n'exerce qu'une action thermique. Sous l'influence de cette action, les parties de tissu saines se rétractent, s'anémient et deviennent blanches, tandis que les parties envahies par le lupus ne peuvent participer à cette rétraction, elles proéminent par conséquent et subissent le maximum de chaleur, et tandis que le cours du sang se rétablit dans les parties saines, la nécrose envahit les parties infectées. On évite ainsi les rétractions cicatricielles des lupus de la face très étendues. L'auteur montre, d'après des photographies, les résultats favorables qu'il a obtenus dans les cas de lupus des mains.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement de l'eczéma par l'acide picrique. — Le Dr A. BROUSSE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, propose ce traitement : 1° Dans les *eczémas aigus* ; 2° Dans les *poussées aiguës des eczémas chroniques*, particulièrement s'il y a tendance à l'exulcération épidermique et au suintement) ; 3° Dans les *eczémas séborrhéiques* (*impétigineux*) de l'enfance.

Ce traitement est contre-indiqué *dans les eczémas chroniques* et généralement dans tous ceux qui s'accompagnent d'un épaississement de l'épiderme (*eczémas lichénoïdes*). Néanmoins il a l'avantage, même dans ces cas, de calmer les *démangeaisons*.

« Nous nous servons, dit M. Brousse, de la solution saturée d'acide picrique, d'après la formule de Thiery :

Acide picrique ..... 12 grammes.
Eau bouillie tiède, ... 1 litre.

Laisser refroidir et décanter.

Nous faisons, avec cette solution, un badigeonnage au pinceau des parties affectées, en ayant soin de dépasser légèrement les limites du mal, puis nous les recouvrons soit directement avec du coton hydrophile, soit avec des compresses de gaze imbibées de la même solution et exprimées, par-dessus lesquelles on place le pansement ouaté. Suivant le précepte de Thiery pour le traitement des brûlures, nous appliquons le pansement picrique *sec*, nous gardant de le couvrir de taffetas gommé. Le pansement est renouvelé tous les deux jours en moyenne.

Mais il est une précaution qui nous paraît indispensable, c'est de faire précéder l'emploi du traitement picrique par des lavages et des applications antiseptiques, de façon à *aseptiser* autant que possible la surface cutanée affectée, et à ne pas enfermer sous le pansement des microbes de la suppuration. En effet, certains accidents (abcès, suppuration), survenus dans le traitement des brûlures par l'acide picrique, ne paraissent pas reconnaître d'autres causes, et

nous-même avons vu, dans un cas d'eczéma de la paume des mains insuffisamment aseptisé, des petits abcès miliaires se produire sous le pansement picrique. Nous réalisons cette antisepsie locale par des lavages et des applications faites avec une solution boriquée. » (*Montpellier médical.*)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. le prof. Bouchard est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1897-1898.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Heydenreich, prof. de clinique chirurgicale, est nommé doyen pour trois ans, à dater du 16 novembre 1897.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le Dr Frenkel est nommé, pour l'année scolaire 1897-1898, chef des travaux de clinique ophtalmologique.

M. le Dr Avrand est nommé, pour l'année scolaire 1897-1898, chef adjoint des travaux de clinique ophtalmologique.

Ecole de santé militaire. — Par décision, en date du 4 septembre 1897, le ministre de la Guerre a fixé à 1.046 fr. 10 le prix du trousseau qu'auront à verser les candidats admis à l'Ecole de service de santé militaire, à la suite du concours de cette année.

La médecine et l'Alliance franco-russe. — M. le Dr Raymond, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris, a reçu du prof. Bechteref, de l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, la dépêche suivante : « Saint-Pétersbourg. A l'occasion de joyeuse rencontre du Président de la République française, permettez-moi d'exprimer à vous-même et à tous neurologues français les sentiments d'amitié fraternelle, dévouement cordial et considération profonde. Bechteref. » — M. Raymond a répondu par le télégramme suivant : « En ces jours mémorables où les cœurs français et russes battent à l'unisson, je vous exprime, à vous personnellement, à tous les neurologues russes, au nom des neurologues français et au mien propre, la joie que me cause votre dépêche ; et je tiens à vous dire en quelle haute estime nous tenons la science neuropathologique russe personnifiée en vous, son digne représentant. Hommage profondément cordial, amical et fraternel. Raymond. » — Les dépêches suivantes viennent d'être échangées entre les internes en médecine de l'hôpital Saint-Louis et les médecins assistants-internes de l'hôpital d'Oboukov, à Saint-Pétersbourg : « Médecins assistants-internes, hôpital Oboukov, Saint-Pétersbourg. Au moment où notre vénéré Président quitte la terre amie, nous tenons à vous assurer de nos sentiments de cordiale confraternité et de bien vive sympathie. *Internes hôpital Saint-Louis, Paris.* » — Réponse : « Internes hôpital Saint-Louis, Paris. Animés par les plus ardents sentiments de confraternité nous exprimons, en ce moment solennel et historique, à nos collègues français, l'assurance de notre profonde amitié. *Médecins assistants internes, hôpital Oboukov, Pétersbourg.* »

Monument Larrey. — Il y a beau temps, nous l'avons dit, que la statue en bronze du baron Hippolyte Larrey, par Falguière, est fondue et attend son socle. Or, aucun pavé n'a encore été enlevé dans la cour d'honneur du Val-de-Grâce, à la place que doit occuper le monument. C'est, paraît-il, que l'État atermoie. Le Comité du monument, q président MM. Léon Colin, médecin inspecteur général l'armée, et le Dr Guyon, ayant demandé à l'État s'il voul participer aux frais de l'érection de la statue de Larrey, s'engagea pour un vingtième de la dépense totale. La la gesse n'était pas royale ; mais, enfin, c'était une largess Seulement, quand tout fut prêt et qu'on songea à passer la caisse de l'Etat, celui-ci pria de ne présenter qu'en 18 la facture acquittée. Et voilà pourquoi la statue du bar Larrey, fondue depuis plusieurs mois, ne sera inaugur que l'année prochaine. (*Revue médicale.*)

L'idée qu'on se fait des médecins des hôpitaux et de infirmiers dans les lycées ! — *Exercice littéraire : Le co dial merveilleux !* — Dans un lycée de Paris, on a donn aux élèves un « devoir de style », dont voici le sujet tout fait typique :

1° A l'hôpital de la Charité, un médecin, ayant besoi d'un cadavre pour faire quelques expériences médicales, demande à l'infirmier qui lui promet le n° 46 qui, dit-il, n plus que deux heures à vivre. (Faire parler les deux pe sonnes : 10 *lignes*) ;

2° Cela ne fait pas l'affaire du médecin, qui doit s'abse ter jusqu'au lendemain soir ;

3° Un cordial, administré *in extremis* au susdit numér agit si heureusement que le moribond, après un long son meil, se réveille convalescent. Désappointement comiqu de l'infirmier, qui en témoigne sa surprise au n° 46 ! (Dia logue : 20 *lignes*) ;

4° Le lendemain, le médecin vient chercher son cada vre ; mais l'infirmier lui répond que le mourant ne s'e pas décidé à mourir (10 *lignes*) ;

Puisque MM. les professeurs de lycée ont une pareil idée du corps médical tout entier, il ne faut pas s'étonn de voir les Tribunaux acquitter les magnétiseurs ! Pauvr médecins, vous êtes vraiment à plaindre ! »

Cette nouvelle, que nous trouvons dans le dernier nu méro du *Progrès médical*, nous paraît simplement fantas tique.

Nécrologie. — Le Dr Isnard (Félix-Antoine), des Sable d'Olonne, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'âg de 68 ans. — Le Dr Privat, de Lamalou, reçu en 1855. — L Dr Janin, de Saintes, reçu en 1888. — Le Dr Jacquemond, d Moutiers (Savoie). — Le Dr Basset de Pouilly-sur-Loir (Nièvre), reçu en 1845. — Le Dr Le Noir des Pallières, d Paris, reçu en 1877. — Le Dr Rambaud, de Brignais (Rhône reçu en 1871. — Le Dr Rupin, de Vitré, reçu en 1854. — L Dr Serres, de Limoux (Aude), reçu en 1896. — Le Dr Ser gent (Lucien) de Paris, ancien interne des hôpitaux d Paris, décédé à Croix-de-Vie (Vendée), le 31 août, à l'âge d 64 ans. — Le Dr Goin, de Paris, médecin de l'état civil et d la compagnie P.-L.-M., décédé le 11 septembre, à l'âge d 62 ans. — Le Dr Joubert, d'Entrains (Nièvre), décédé à l'âg de 35 ans. — Le Dr Lombard, ancien député du Jura, décéd à l'âge de 73 ans.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycin Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites. Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

SACCHAROLÉ de quinquina **VIGIER**, 1 cuillerée à café au repas

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*